ITEM 298 : TUMEURS DE LA CAVITÉ BUCCALE, NASO-SINUSIENNE, DU CAVUM ET DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES

ANATOMIE

- **Fosses nasales** : cavités aériennes séparées par la cloison nasale (= septum nasal), limitées par les choanes (entrée dans le rhinopharynx).
- **Sinus** : 8 cavités aériennes = 2 maxillaires, 2 frontaux, 2 ethmoïdaux, 2 sphénoïdaux.
- **Cavité orale** : lèvres, vestibule labial et jugal, gencives, régions rétro-molaires, plancher buccal, langue mobile, palais osseux, limitée par le V lingual, les piliers antérieurs des amygdales et la jonction palais osseux-membraneux (= isthme du gosier).
- **Nasopharynx** = **cavum** : base du crâne (corps du sphénoïde), bourrelets tubaires, paroi pharyngée postérieure, situé en arrière des cavités nasales.
- **Oropharynx** : base de langue, vallécule, sillon amygdaloglosse, voile du palais et piliers, amygdales linguales et palatines, paroi pharyngée postérieure, situé en arrière de la cavité buccale et sous le nasopharynx.
- **Pharyngo-larynx** (**hypopharynx**) : sinus piriformes, paroi pharyngée postérieure, région rétro-crico-arythénoïdienne, situé en arrière du larynx et sous l'oropharynx, limité par le sphincter supérieur de l'œsophage (= bouche œsophagienne).
- **Larynx** :
  - **Supra-glottique = vestibule laryngé** : épiglotte, replis ary-épiglottiques, aryténoïdes, bandes ventriculaires.
  - **Glottique** : cordes vocales, commissures antérieures et postérieure.
  - **Sous-glottique** : cricoïde.

Aires ganglionnaires

→ Les cancers des VADS sont **très lymphophiles** (seules les petites tumeurs T1 du plan glottique ne nécessitent pas de traitement systématique des aires ganglionnaires).
- 1er relai de drainage : fréquemment situé en **zone Ia.**
- **Curage ganglionnaire** classique :
  . Zones **IIa, IIb, III, IV** ± étendu **Ia-Ib** (cavité orale ou face).
  . Bilatéral en cas de tumeur franchissant la ligne médiane.

Classification de Robin

- Ia : sous-mentale (cavité orale).
- Ib : sous-mandibulaire (cavité orale, face, fosses nasales).
- IIa : sous-angulo-mandibulaire.
- IIb : sus et rétro-spinale.
- III : jugulo-carotidienne moyenne.
- IV : sus-claviculaire.
- Va : spinale.
- Vb : cervicale transverse.
- VI : pré-laryngé (larynx).

ÉPIDEMIOLOGIE

Incidence

France : 16 000 nouveaux cas/an.
Monde : 900 000/an.
♂ : 4e (11 000/an), 15 % des cancers, âge moyen 60,3 ans.
♀ : 10e (4 300/an), 2 % des cancers, âge moyen 64,1 ans.
SR : 2,6 (♂ > ♀).
Plus importante dans le Nord et l'Est de la France.

Mortalité

France : 5000 décès/an.
Monde : 450 000/an.
♂ : 8e (2 700/an).
♀ : 8/12e (900/an).

Survie globale

♂ : 35 % à 5 ans.
♀ : 50 % à 5 ans.

Cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx

- Touche essentiellement les **hommes** (75 %) **éthylo-tabagiques**, fréquence maximale = entre 50 et 70 ans.
- Augmentation de l'incidence chez les femmes et les jeunes.
- Histologie : **carcinome épidermoïde** (> 95 %), **indifférencié** (cavum), **lymphome.**
- FdR : tabac, alcool, HPV.
- Extension : **lymphatique ++** (sauf cancer glottique), **MT à distance** (40 %, mais < 10 % au diagnostic).
- Recherche systématique de cancer associé (20 % des cas) : cancer de l'œsophage, du poumon ou autre cancer des VADS.

Cancers spécifiques

- **Cancer de l'éthmoïde** : **adénocarcinome**, du aux **poussières de bois et au nickel, touche surtout l'homme > 50 ans.**
→ Maladie professionnelle pour les travailleurs du bois (durée d'exposition **≥ 5 ans**, délai maximal de prise en charge de **40 ans** après exposition).
- **Cancer du cavum** (**UCNT**) : **carcinome indifférencié**, lié à **EBV, 1/100 000.**
→ Fréquent en Asie du Sud-Est, Afrique du Nord, Esquimaux.

PRINCIPAUX TYPES HISTOLOGIQUES	**Cavité buccale (30 %)**	Carcinome épidermoïde	- Alcool + tabac (effet synergique). - Mauvais état dentaire.
	Oropharynx (30 %)	Carcinome épidermoïde	- Alcool + tabac (effet synergique). - HPV oncogènes (génotype type 16 +++) = patients jeunes sans intoxication alcoolo-tabagique.
	Hypopharynx (15 %)	Carcinome épidermoïde	- Alcool + tabac (effet synergique).
	Larynx (20 %)	Carcinome épidermoïde	- Tabac +++. - Alcool.
	Sinus ethmoïde (< 1 %)	Adénocarcinome	- Exposition professionnelle : poussières de bois, nickel, aldéhyde formique, acide chromique.
	Sinus maxillaire (< 1 %)	Carcinome épidermoïde	- Sujet âgé.
	Nasopharynx (1 %)	Carcinome nasopharyngé (ex UCNT)	- Virus EBV. - Origine géographique : bassin méditerranéen, Asie du Sud-Est.
	- Absence d'éthylo-tabagisme ne doit pas faire éliminer le diagnostic de carcinome épidermoïde pour les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx. - **Lymphomes** : fréquence croissante (7e cause de cancer en France) → Localisation des VADS = localisations extra-ganglionnaires les plus fréquentes via l'anneau de Waldeyer (amygdales palatines +++, amygdales linguales, cavum) et les sinus. - **Tumeurs des glandes salivaires accessoires** : cavité buccale (palais ++) et oropharynx → Nodule/tuméfaction ± ulcérée, maligne dans 50-60 % des cas (sécrétion principalement muqueuse). - **Autres tumeurs bénignes/malignes rares** : . Chondrome (bénin) ou chondrosarcome (malin) du cartilage cricoïde (évolution tumorale lente). . Sarcomes des VADS (radio-induits). . Mélanome muqueux. . Polype. . Papillome inversé (bénin) au sein des sinus de la face (possible évolution en carcinome épidermoïde→ Traitement et surveillance spécifiques). - **Lésions précancéreuses** : leucoplasies, érythroplasies, lichen plan buccal, chéilite achromique, agents infectieux (candidose chronique, papillomatose orale floride ou laryngée).		
FdR	**Intoxication alcoolo-tabagique**	- Cause principale des cancers des VADS. - **Tabac** : . Risque augmenté avec la durée d'exposition (surtout si > 20 PA). . Retour au risque des non-fumeurs après 20 ans d'arrêt. . Tabac à chiquer : atteinte préférentielle de la face interne des joues ou des lèvres (adjonction de bétel). - **Alcool** : . Potentialisateur du tabac. . Éthanol : atrophie de la muqueuse buccale → Solubilisation des métabolites carcinogènes du tabac → Pénétration des métabolites.	
	Lésions bénignes orales à potentiel malin (LOPM)	- Lésions du revêtement épithélial muqueux, potentiellement précancéreuses avec risque de dégénérescence en carcinome épidermoïde. - 15 % des cancers des VADS. - Possible induction de carcinome épidermoïde des patients sans intoxication alcoolo-tabagique chronique.	
		Lésions muqueuses blanches	**Leucoplasie, leucokératose**	- Plage blanchâtre bien limitée, ne se détachant pas au grattage. - Accumulation de kératine (hyperkératose) en surface. - Facteur étiologique : tabac +++. - Localisations : plancher buccal, lèvre inférieure, région rétrocommissurale labiale. - Formes inhomogènes : plus à risque de transformation maligne, aspect nodule, érosif, voire verruqueux.
			Lichen plan buccal et/ou lésions lichénoïdes	- Maladie inflammatoire chronique évoluant par poussées, de cause probablement auto-immune. - Blanches en dehors des poussées, limitées en plaques ou étendues en nappes, bilatérales et symétriques. - Possible aspect circiné, réticulé ou dendritique (feuille de fougère). - Formes érythémateuses érosives = poussée inflammatoire = risque de dégénérescence maligne. - Lésions lichénoïdes : lésions blanches sans les caractéristiques cliniques et histologiques du lichen.
			Candidose chronique	- Surtout la forme hyperplasique et kératosique. - Lésion précancéreuse potentielle. - Rare.

			Leucoplasie verruqueuse proliférative	= Papillomatose orale floride. - Lésion précancéreuse du sujet âgé (> 70 ans), surtout chez la femme. - 3 % des cancers issus de LPM. - Touffes de fines villosités ± allongées, blanches ou rosées. - Extensive, très récidivante, évoluant systématiquement vers le carcinome épidermoïde (verruqueux).
		Lésions muqueuses rouges		= Erythroplasie de Queyrat. - **Dégénérescence maligne systématique.** - Plaques rouges, étendues et superficielles. - Aspect velouté avec bords irréguliers.
		Chéilite actinique chronique		- Sujets de 50-60 ans exposés aux UV pendant plusieurs années et avec phototype clair. - **Atteinte de la lèvre +++** (70 % des cancers des lèvres). - Desquamation réactionnelle de toute la lèvre inférieure, avec plaque gris-jaune et atrophie muqueuse. - Risque de transformation maligne plus élevé si tabagisme et mauvaise hygiène dentaire.
		Fibrose orale sous-muqueuse		- Rare. - Stomatite érosive aspécifique et chronique, évoluant vers une fibrose sous-muqueuse buccopharyngée et laryngée (langue et palais). - Très gênante à terme (troubles de la déglutition, trismus, surdité). - Favorise les lésions leucoplasiques et le développement de carcinome épidermoïde secondaire.
	Autres	**HPV**		- Rôle carcinogène de HPV 16 et HPV 18. - 15-20 % des cancers des VADS touchent des adultes jeunes non alcoolo-tabagiques. - Impliqué surtout ans les cancers de l'oropharynx, notamment de l'amygdale (30-40 % des cancers viro-induits en France, 80 % en Amérique du Nord). - Meilleur pronostic que les cancers causés par l'intoxication alcoolo-tabagique. - < 10 % des cancers de la cavité buccale.
		Facteurs nutritionnels		- Carences vitaminiques, notamment en vitamines A et C. - Facteur protecteur des aliments riches en vitamines (fruits, légumes) : actions antioxydantes, antiprolifératives, immunostimulantes.
		Plaies traumatiques chroniques		- Responsables d'ulcérations itératives (facteur de risque à long terme). - Prévention par la suppression du facteur traumatisant (adaptation des prothèses dentaires).
		Immuno-suppression		Traitement immunosuppresseur, patients greffés, déficit immunitaire, infection par le VIH.
DG	**Signes d'appel**	- **Dysphagie, dysphonie, dyspnée, douleur, otalgie réflexe, tuméfaction cervicale** chez un alcoolo-tabagique : examen ORL (recherche d'ulcération ou tumeur bourgeonnante) → **panendoscopie + biopsie** sous AG. - **ADP cervicale** : **examen ORL + cytoponction échoguidée,** voire **cervicotomie exploratrice** en 2de intention, **biopsie proscrite.**		
	Clinique	**Examen endobuccal et oropharyngé**		- Inspection de la cavité buccale (casque de lumière ou lampe, abaisse-langues). - Palpation du plancher buccal, langue mobile, base de la langue, amygdales. - Si lésion accessible : biopsies sous AL.
		Naso-fibroscopie		- Fibroscope souple pour exploration des fosses nasales, du cavum et du pharyngolarynx. - L'examen au miroir laryngé n'est plus réalisé.
		Palpation ganglionnaire cervicale		- Recherche d'adénopathie. - Adénopathie présente : localisation, mobilité, consistance, taille, douleur. - Risque de faux négatif = 30 % (surtout si surpoids ou post-thérapeutique).
	Extension	**Panendoscopie des VADS**		- Endoscopie de toute la région des VADS. - **Systématique**, sous **AG**, aux **tubes rigides** (laryngoscope, hypopharyngoscope ± oesophagoscopie /- bronchoscope) et câble de lumière froide. - La cavoscopie ne fait pas partie de la panendoscopie. - Non réalisée pour les tumeurs nasosinusiennes et les tumeurs du rhinopharynx. - Objectifs : . Réalisation de **biopsies** (diagnostic positif). . Recherche de **lésions synchrones** des VADS. . Caractériser **l'extension locorégionale de la tumeur** : siège, taille, extension, palpation ganglionnaire.

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="5"></td><td>Scanner cervico-thoracique injecté</td><td>- Indispensable, coupes étagées des sinus frontaux aux clavicules pour le cervico-facial.
- Objectifs :
. Précision de l’extension locale de la tumeur : atteinte osseuse, extension aux tissus adjacents.
. Recherche d’adénopathies cervicales.
. Recherche de lésions pulmonaires, œsophagiennes ou médiastinales.</td></tr>
<tr><td>IRM cervico-faciale</td><td>- Indications : toute tumeur située au-dessus du plan de l’os hyoïde.
. Tumeurs du rhinopharynx.
. Tumeurs de la cavité buccale avec atteinte linguale.
. Tumeurs de l’oropharynx.
. Tumeurs nasosinusiennes.
- Objectif : visualisation de l’extension aux tissus mous, en complément du scanner cervico-facial.</td></tr>
<tr><td>TEP-TDM au 18-FDG</td><td>À jeun (6 heures), images à 1 h post-injection, de la base du crâne (ou vertex) à mi-cuisse (voire corps entier).
Indications :
- Stade initial :
. ADP métastatique cervicale sans primitif connu.
. Cancers des VADS de stade avancé (> 1 ganglion unilatéral).
. Cancers nasopharyngés.
- Après 1er traitement :
. Diagnostic de récidive et/ou poursuite évolutive.
. Évaluation de la réponse thérapeutique.</td></tr>
<tr><td>FOGD</td><td>- Au tube souple sous AL/AG.
- Indication : patients avec terrain alcoolo-tabagique (recherche de lésion synchrone œsophagienne).</td></tr>
<tr><td>Autres examens</td><td>- Sur point d’appel/demande spécifique :
. Fibroscopie bronchique (anomalie au scanner thoracique).
. IRM cérébrale (signes neurologiques).
. Échographie cervicale : référence pour caractériser un ganglion comme pathologique, 1re intention en cas d’ADP cervicale sans lésion primitive retrouvée.</td></tr>
<tr><td>Bilan pré-thérapeutique</td><td colspan="2">- Bilan dentaire avant toute radiothérapie : panoramique dentaire, extractions dentaires si besoin, gouttières fluorées.
. Systématique avant tout traitement, dès le début du bilan diagnostique.
. Caries, déchaussement dentaire et ostéoradionécrose mandibulaire = complications de la radiothérapie
→ Prévention par soins dentaires et gouttières fluorées à vie (15 min/jour).
- Évaluation de la dépendance alcoolo-tabagique avec sevrage si besoin.
- Bilan des comorbidités : cardiovasculaire, pulmonaire, hépatique, rénal (ECG, bilan hépatique et rénal, bilan nutritionnel).
- Recherche d’une dénutrition.
- Prise en charge sociale si besoin.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTT</td><td colspan="3">- Proposition thérapeutique en RCP (≥ 3 spécialités différentes).
- Consultation d’annonce en présentiel et plan personnalisé de soins (PPS) remis au patient.
- Choix éclairé du patient, adhésion primordiale.
- Consultation paramédicale (Plan Cancer) : étapes du traitement, soins de support.
- Sevrage alcoolo-tabagique primordial.
- Déclaration d’ALD par le médecin généraliste.</td></tr>
<tr><td>Chirurgie</td><td colspan="2">- Tumeurs de petite taille avec atteinte ganglionnaire limitée : chirurgie exclusive possible → Exérèse ± curage cervical uni/bilatéral.
- Curage ganglionnaire en présence d’ADP métastatique (et régulièrement en absence d’ADP car forte lymphophilie).
- Respect des principes de chirurgie oncologique d’exérèse en monobloc avec marges carcinologiques de sécurité.
- Analyse anatomopathologique : limites d’exérèse, caractéristiques tumorales (emboles vasculaires, engainement péri-nerveux), envahissement ganglionnaire (nombre de ganglions prélevés et atteints, taille des ganglions, rupture capsulaire).</td></tr>
<tr><td>Radiothérapie</td><td colspan="2">- Dose ciblée sur la tumeur et les aires ganglionnaires avec épargne des tissus avoisinants.
- Proposée pour certaines tumeurs débutantes en traitement exclusif.
- Réalisée en post-opératoire pour les tumeurs de stade intermédiaire ou avancé.
- Rôle de choix en association à la chimiothérapie pour les tumeurs non résécables chirurgicalement.
- Irradiation de la mandibule : prévention dentaire avec assainissement préthérapeutique et fluoration per et post-thérapeutique car risque d’ostéoradionécrose = complication tardive redoutée.</td></tr>
</table>

	Chimiothérapie	- Souvent associée à la radiothérapie post-opératoire pour les tumeurs avancées avec critères histologiques d'agressivité. - Traitement des patients en situation métastatique et palliative. - **Sels de platine** (néphrotoxicité, ototoxicité), **5-fluoro-uracile** (cardiotoxicité), **taxanes** (neuropathies périphériques).
	Immunothérapie	- Pour les cancers en situation palliative : AMM en 1re intention.
SURVEILLANCE	- **Suivi ≥ 5 ans** (à vie si intoxication alcoolo-tabagique non sevrée) dans le cadre du **plan personnalisé après cancer (PPAC).**	
	Clinique	**Examen général + ORL** avec **naso-fibroscopie** : - Tous les 2 mois pendant 1 an. - Puis tous les 3 mois pendant 1 an. - Puis tous les 4 mois pendant 1 an. - Puis tous les 6 mois à vie (ou à 5 ans si absence d'intoxication alcoolo-tabagique).
	Paraclinique	- **Imagerie de référence** (scanner et/ou TEP-TDM) **à 3 mois** de la fin du traitement. - **TDM thoracique injectée** tous les ans si patient fumeur ou ancien fumeur < 15 ans. - **Panendoscopie des VADS + Scanner cervico-facial** en cas de point d'appel. - **Dosage de la TSH** tous les 6 mois pendant 2 ans puis tous les ans (surtout si irradiation cervicale).
ÉVOLUTION	**Suivi**	- Recherche d'une **récidive.** - Recherche d'un **cancer métachrone.** - Prise en charge des séquelles fonctionnelles, esthétiques, psychosociales du traitement.
	Incidents	- **Dyspnée** (récidive ou œdème post-radique) pouvant nécessiter une trachéotomie. - **Dysphagie** avec perte de poids pouvant nécessiter une dérivation alimentaire (SNG, gastrostomie, jéjunostomie). - **Ostéoradionécrose mandibulaire** imposant souvent une intervention d'exérèse. - **Hémorragie des gros vaisseaux du cou** par radionécrose ou récidive tumorale, souvent cataclysmique, parfois accessible au traitement chirurgical (ligature carotidienne) ou à l'embolisation de branches de la carotide externe.
PREVENTION	**Primaire**	- Suppression de l'alcool et du tabac (réduction de 2/3 du nombre de cancers des VADS). - Vaccination contre HPV (garçon et fille à partir de 11 ans). - Contrôle des expositions professionnelles : port de masques, systèmes d'aspiration (aucun dépistage recommandé).
	Secondaire	- Dépistage des cancers naso-sinusiens chez les travailleurs du bois. - Surveillance dentaire régulière (dépistage des lésions précancéreuses de la cavité buccale).
	Tertiaire	- Suivi post-thérapeutique.

CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE (30 %)

ÉPIDEMIOLOGIE

- Lèvre, gencive, langue mobile (en avant du V lingual), plancher buccal, palais, commissure intermaxillaire, face interne de joue.
- FdR : intoxication alcoolo-tabagique.
- Augmentation de l'incidence d'HPV (patients jeunes sans FdR).
- Survie à 5 ans :
  . T1/T2 : 45 %.
  . T3/T4 : 15-20 %.
  . N0 : 40 %.
  . N+ : 25 %.

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

- Au stade initial : carcinome intraépithélial in situ **asymptomatique** mais parfois visible.
- Parfois découverte fortuite.
- Au début : signes d'appel frustres et discrets.
  . **Simple gêne** avec impression d'accrochage alimentaire.
  . Irritation sur une prothèse ou une dent délabrée agressive.
  . **Lésion muqueuse persistante** : leucoplasie, lichen plan, ulcération (aphte).
  . **Saignement** gingival.
  . **Dent mobile.**
- Stade avancé :
  . **Douleurs** à la déglutition.
  . **Otalgie réflexe (odynophagie).**
  . **Fétidité de l'haleine.**
  . **Dysphagie, dysarthrie, trismus** (envahissement du m. ptérygoïdien médial).
  . **Limitation progressive et inexorable de l'ouverture buccale ou de la protraction linguale** (infiltration musculaire).
  . **Stomatorragie.**
  . **Mobilité dentaire.**
  . **ADP sous-mentonnière Ia, sous-mandibulaire Ib** (50 %) ou **sous angulo-maxillaire IIa.**

/!\ Biopsie dès que lésion persistante > 10-15 jours.

SC

- Examen clinique à l'abaisse-langue + casque de lumière froide (après ablation des prothèses dentaires).
- Inspection avec déplissage de toutes les muqueuses.
- **Palpation bidigitale primordiale +++** : **induration sous-muqueuse** linguale avec muqueuse d'aspect normal, **lésion indurée saignant au contact, aires ganglionnaires.**
- Stade de début : **leucoplasie** ou **leuco-kératose**, **induration.**
- Stade très avancé : **déficit de la protraction linguale** (envahissement n. hypoglosse ou muscles de la langue).
- Souvent diagnostiqués à un stade tardif : **ulcération** et/ou **bourgeonnement.**
- **Nasofibroscopie pour explorer l'ensemble des VADS** (dépistage précoce de lésions synchrones).

Aspect de la lésion

Tumeur bourgeonnante	- Dénuée de muqueuse de recouvrement. - **Lésion en volume, friable et hémorragique.** - Base d'implantation **indurée.**
Ulcération	- **Lésion creusante** sensible qui ne guérit pas. - Forme variable, bords ± irréguliers, surélevés ± éversés. - Versant externe recouvert de muqueuse saine ou inflammatoire. - **Versant interne discrètement bourgeonnant, d'aspect framboisé** ± enduit gris (lésion fibrineuse). - **Saignement facile au contact.** - **Base indurée** (infiltration tumorale sous-muqueuse), **dépassant les limites visibles de la tumeur** = valeur quasi-pathognomonique de cancer.
Aspect ulcéro-bourgeonnant	- Combinaison des formes bourgeonnantes et ulcérées. - Forme la plus fréquente.

Formes topographiques

Langue mobile	- Examen facile. - **Ulcération ou bourgeon exophytique reposant sur une base indurée.** - DD : ulcération traumatique sur dent délabrée/prothèse inadaptée (ulcération douloureuse sans base indurée, guérison dans les 10-15 jours après suppression de la cause). - Stades avancés : **langue fixée au plancher buccal → Gêne à l'alimentation et limitation de la protraction linguale** (déviation du côté tumoral).
Plancher de bouche	- **Forme ulcérée infiltrante**, fréquemment fissuraire, envahissant rapidement en dedans des muscles linguaux sous-jacents. - Stades avancés : atteinte osseuse mandibulaire → **Ostéolyse avec mobilités dentaires.** - Plancher latéral et postérieur : **difficulté de protraction linguale et de déglutition, dysarthrie, otalgies réflexes, trismus.**

		Gencive	- Aspect de **gingivite hyperplasique** (mauvais état parodontal et hygiène dentaire insuffisante) : prépondérance de la composante inflammatoire. - Aspect ulcéro-bourgeonnant, mobilité dentaire, lyse osseuse précoce, inefficacité des traitements locaux → Biopsie. - Formes gingivomandibulaires : envahissement osseux → **Signe de Vincent** = anesthésie du territoire du V3 labio-mentonnier. - Aspect bourgeonnant, exophytique, d'aspect papillomateux = **carcinome verruqueux** (secondaire à une leucoplasie verruqueuse proliférative).
		Commissure intermaxillaire	- **Envahissement osseux précoce.** - **Algies mandibulaires, otalgies réflexes, trismus, dysphagie** = extension rapide aux structures voisines (muscles linguaux, masticateurs, plancher de la bouche, loge amygdalienne, fosse infra-temporale, mandibule, tubérosité maxillaire).
		Face interne de joue	- **Forme végétante +++.** - **Origine traumatique** souvent retrouvée. - Possible développement sur lésion à potentiel malin précancéreuse.
		Lèvre	- **Vermillon de la lèvre inférieure +++** : **ulcération sur lésion précancéreuse hyperkératosique** (secondaire à la cigarette +++) → Diagnostic souvent précoce, bon pronostic (extension ganglionnaire qu'en cas de prise en charge tardive). - Commissures labiales : évolution et pronostic similaires aux cancers de la face interne de la joue.
DISSEMINATION	**Lymphatique régionale**	- **Caractère très lymphophile des carcinomes épidermoïdes** → ADP très fréquente → Examen des aires ganglionnaires submentale, submandibulaires et jugulo-carotidiennes +++. - Caractéristiques : nombre, homolatéralité/bilatéralité, consistance, dimension, fixité/mobilité, état de la peau en regard.	
	Sanguine à distance	- **Poumon, foie, squelette +++.** - Métastases à distance présentes dans 40 % des cancers, dans les deux premières années. - Rares lors du diagnostic initial (< 10 %).	
PC	**Diagnostic positif**	- **Biopsie** en consultation, sous AL : . Impératif médico-légal avant toute prise en charge thérapeutique. . Confirmer/éliminer le caractère malin, renseigner sur la variété histologique, degré de différenciation et caractère invasif, recherche de surexpression de la protéine p16 (HPV). . Généralement **carcinome épidermoïde** (> 95 %).	
	Bilan d'extension	- **Panendoscopie** des VADS sous AG (polyendoscopie) : aspect de la tumeur, extension, 2de localisation. - **Scanner cervicothoracique injecté** : caractéristiques de la tumeur, extension aux régions voisines, aires cervicales, 2de localisation, métastase à distance. - **IRM cervico-faciale** (surtout si atteinte de la langue mobile) : extension locorégionale (tissus mous), extension intra-osseuse (région médullaire mandibulaire). - **TEP-TDM** si **≥ N2b**, ADP des secteurs IV et V. - FOGD si terrain alcoolo-tabagique. - Fibroscopie bronchique si point d'appel clinique/radiologique pulmonaire et/ou trachéobronchique.	
CTNM	**T**	Tis : carcinome in situ. T1 : plus grande dimension **≤ 2 cm,** profondeur **≤ 5 mm.** T2 : . Plus grande dimension **≤ 2 cm**, profondeur **> 5 mm** et ≤ 10 mm. . Plus grande dimension **≤ 4 cm**, profondeur **≤ 10 mm.** T3 : plus grande dimension **> 4 cm** ou profondeur **> 10 mm.** T4a (lèvre) : corticale osseuse, nerf alvéolaire inférieur, plancher buccal, peau (joue, nez). T4a (cavité buccale) : corticale osseuse du maxillaire, sinus maxillaire, peau du visage. T4b (cavité buccale) : espace masticateur, apophyses ptérygoïdes, base du crâne, artère carotide interne.	
	N	N1 : ADP homolatérale unique ≤ 3 cm. N2a : ADP homolatérale unique > 3 cm et ≤ 6 cm. N2b : ADP homolatérales multiples ≤ 6 cm. N2c : ADP bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm. N3a : ADP > 6 cm. N3b : ADP unique/multiples avec signes d'extension extraganglionnaire.	
	M	M1 : métastases à distance.	

<table>
<tr><td>BILAN PRETHERAPEUTIQUE</td><td colspan="4">- Détection des comorbidités : cirrhose, delirium tremens, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque ou rénale.
- Évaluation de l'état nutritionnel et physiologique (index de Karnofsky) : albuminémie.
- Traitement antalgique majeur.
- Évaluation oncogériatrique si besoin.
- Bilan auditif (audiogramme) en cas de traitement ototoxique (sels de platine).
- Bilan dentaire :
• Examen clinique stomatologique + cliché radiographique panoramique.
• Prise d'empreintes dentaires pour la confection de gouttières fluorées en cas de radiothérapie envisagée avec conservation des dents (limitation du risque d'ostéoradionécrose).
• Confection de plaque obturatrice palatine en cas de résection naso-sinuso-maxillaire non reconstruite.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td colspan="4">- Décision discutée en RCP : chirurgien, oncologue-radiothérapeutique, anatomocytopathologiste, radiologue.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Chirurgie</td><td colspan="3">- Retentissement fonctionnel et esthétique important.</td></tr>
<tr><td>Tumeur primitive</td><td colspan="2">- Marges de sécurité ≥ 10 mm.
- Exérèse partielle ou totale : glossectomie (exérèse de la langue), pelvectomie (exérèse du plancher buccal), oropharyngectomie (exérèse de l'oropharynx), mandibulectomie (exérèse de la mandibule), maxillectomie (exérèse de l'os maxillaire).
- Analyse histologique :
. Envahissement des marges de berges de résection (R0, R1, R2).
. Critères péjoratifs : emboles tumoraux lymphovasculaires, engainement périnerveux.
. Évaluation de l'expression de la protéine P16 (cancer HPV-induit).</td></tr>
<tr><td>Ganglionnaire</td><td colspan="2">- Exploratrice et thérapeutique.
- Curage dépendant de l'extension ganglionnaire, possiblement bilatéral.
- Curage « fonctionnel » = préservation des éléments anatomiques (SCM, veine jugulaire interne, nerf accessoire).
- Ganglion sentinelle pour les petites tumeurs sans atteinte ganglionnaire clinique et radiologique (T1/T2-N0).
- Curage complet pour les patients N+ (aires I, II, III et IV) homolatéral à la tumeur (bilatéral si tumeur proche de la ligne médiane ou ADP controlatérales/bilatérales).
- Analyse histologique :
. Nombre total de ganglions retirés.
. Nombre de ganglions envahis sur le nombre de ganglions total : N+/N.
. Aire(s) ganglionnaire(s) atteinte(s).
. Rupture capsulaire ou non en cas de N+ : RC+ ou RC-.</td></tr>
<tr><td>Reconstructrice</td><td colspan="2">- Très fréquente pour restituer les fonctions atteintes et obtenir le meilleur résultat esthétique possible.
- Lambeaux libres (transplants micro-anastomosés) : prélèvement de tissus autologues avec leur pédicule vasculaire, à distance du site à reconstruire :
. Lambeau modelé et transféré à l'étage cervico-facial.
. Micro-anastomosé pour assurer la suppléance vasculaire.
. Lambeau fasciocutané (antérolatéral de cuisse ou antébrachial), ostéo-musculo-cutané (fibula, scapula, crête iliaque), musculaire ou musculocutané (grand dorsal ou gracilis).
- Lambeaux pédiculés régionaux (si contre-indication aux lambeaux libres) : musculocutané (grand dorsal, grand pectoral), musculo-muqueux nasogénien (buccinateur ou FAMM).</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Radiothérapie</td><td colspan="3">- Sur site tumoral et aires ganglionnaires selon le stade.
- En post-opératoire ou en cas de tumeur inopérable pour les grandes tumeurs ou celles avec critères histologiques péjoratifs.
- 65 Grays, fractionnée en 30 séances (2 grays/séance) sur 5-7 semaines, par modulation d'intensité (IMRT).
- ADP : irradiation cervicale associée (50-56 grays), surtout si rupture capsulaire (60-66 grays).
- Exclusive chez les patients inopérables : dose de 66-70 grays sur la tumeur et les adénopathies.</td></tr>
<tr><td>Curiethérapie</td><td colspan="2">- Iridium 192 pour certaines localisations et les tumeurs de petite taille.
- Contre-indiquée si tumeur au contact de l'os (risque d'ostéoradionécrose).</td></tr>
<tr><td>Complications</td><td>Mucite et dermite</td><td>- Dès J15 après le début de la radiothérapie.
- Variable : de l'érythème non douloureux n'entravant pas l'alimentation (grade 1) à de très nombreuses ulcérations saignantes avec sévères douleurs empêchant l'alimentation (grade 4).
- Régression en quelques mois après la fin de la radiothérapie avec possible fibrose → Mucite et dermite chronique.</td></tr>
</table>

			Hyposialie et xérostomie	- Irradiation des glandes salivaires → Diminution de la sécrétion salivaire. - 50 % en cas d'irradiation des aires ganglionnaires, 80 % en cas de tumeurs de l'oropharynx et **100 % en cas de tumeurs de la cavité buccale ou du cavum.** - Retour progressif de la salive en 6-12 mois. - Pathologies dentaires fréquentes (caries puis odontonécrose).
			Dysgueusie et agueusie	- Irradiation des bourgeons du goût. - **Inappétence fréquente.** - Peut persister à long terme.
			Mycoses	- Risque permanent et très fréquent. - Cèdent après traitement antifongique.
			Complications dentaires	- **Au moins 1 an après la radiothérapie.** - Caries du collet, fracture par fragilisation de la dentine, abrasion progressive, coloration noire des dents, effritement des dents par odontonécrose.
			Ostéo-radionécrose mandibulaire	- **Complication la plus redoutable**, liée à la dévascularisation osseuse. - Fonction de la dose de radiothérapie, de l'âge, de l'hygiène buccodentaire, de l'existence de gestes agressifs ou intempestifs sur la mandibule, de la poursuite du tabagisme. - Spontanée dans 50 % des cas, ou provoquée par un geste chirurgical. - **Douleur très intense, trismus, signes radiologiques** (ostéolyse mal limitée, fracture pathologique, séquestre). - Recours à la chirurgie souvent nécessaire. - **Apparition précoce possible** (3 mois après la fin de l'irradiation), **risque à long terme** (plus de 10 ans). - Prévention : • Avant irradiation : **soins et hygiène buccodentaire** avec détartrage, avulsion de toute dent non correctement traitable ou siège d'une parodontopathie. • À vie : **fluoration des dents conservés** (gouttières), avulsions dentaires sous antibiothérapie et fermeture muqueuse étanche.
			Autres	- **Limitation de l'ouverture de bouche (trismus) par myosite rétractile des muscles masticateurs** : douloureuse et invalidante, gênant l'alimentation et entravant le port de prothèses dentaires. - **Réhabilitation dentaire prothétique difficile** (asialie, absence de dents restantes). - **Ulcérations torpides et nécroses muqueuses** : trouble trophique post-radique.
	Chimio-thérapie	- Sels de platine (cisplatine, carboplatine), taxanes (taxol), 5-fluoro-uracile, cétuximab (anti-EGF). - Cadre curatif : associée à la radiothérapie. - Cadre palliatif en cas de rechute inopérable ou métastatique. - Cadre d'essais thérapeutiques.		
	Traitements associés	- **Traitement de la douleur** : antalgiques de paliers II ou III d'emblée. - **Prise en charge nutritionnelle** : favoriser l'alimentation orale, puis hyperalimentation entérale et enfin parentérale. - **Rééducation orthophonique et kinésithérapeutique.** - **Prise en charge psychologique.** - **Aide aux sevrages alcoolique et tabagique.** - **Réinsertion dans la vie sociale et professionnelle.** - **Demande d'invalidité** (MDPH) **et d'affection longue durée** (ALD) par le médecin référent.		
	Indications	**Tumeur**	- T1/T2 : chirurgie. - T3/T4 : chirurgie si possible puis radiothérapie. - En cas de contre-indication opératoire : radiothérapie exclusive ou radiochimiothérapie.	
		Aires ganglionnaires	- En cas de chirurgie d'exérèse de la tumeur primitive : . Curage ou ganglion sentinelle si N0. . Curage systématique si N+. - Radiothérapie des aires de drainage lymphatique si irradiation de la tumeur primitive ou rupture capsulaire d'une ADP.	

SURVEILLANCE	**Objectifs**	- **Détection et gestion des complications immédiates, précoces et des séquelles** : . Décompensation d'une pathologie chronique. . Complications de la radiothérapie ou de la chimiothérapie. - **Surveillance carcinologique rapprochée et à vie** : . Détection d'une poursuite évolutive, d'une récidive, d'une 2de localisation métachrone des VADS. . Recherche de métastases viscérales (surveillance pulmonaire systématique).
	Modalités	- Surveillance clinique : tous les 2 mois la 1re année, puis tous les 3 mois la 2e année, puis tous les 4 mois la 3e, puis tous les 6 mois la 4e, puis tous les ans à vie. - Surveillance odontologique tous les 6 mois à vie. - **Scanner cervico-thoracique ou IRM à 3 mois puis scanner thoracique low dose tous les ans pendant 5 ans systématique.** - Scanner cervico-thoracique, IRM, PET-TDM si suspicion de récidive. - Scanner thoracique low dose après 5 ans si arrêt récent du tabagisme ou poursuite de l'intoxication.

CANCERS DE L'OROPHARYNX (30 %)

ÉPIDEMIO			- Voile du palais, base de la langue, vallécule, sillon amygdaloglosse, loge amygdalienne, paroi pharyngée postérieure. - FdR : éthylisme chronique (potentialisé par le tabagisme), virus HPV (30-40 % des cas, surtout pour l'amygdale). - Pronostic sévère (récidives locorégionales ou générales, surtout si atteinte de la base de la langue). - Meilleur pronostic des cancers liés à HPV.
SIGNES D'APPEL			Souvent discrets : - **Gêne pharyngée unilatérale** apparaissant à la déglutition. - **Dysphagie haute.** - **Otalgie réflexe unilatérale.** - **Ulcération persistante (voile et amygdale).** - **ADP sous-angulo-maxillaires IIa** dures, ± fixées, indolores, de découverte fortuite. - Troubles de la mobilité linguale. **/!\ Persistance ≥ 15 jours** (surtout si ♂ 50 ans alcoolo-tabagique ou jeune sans FdR évident).
SC			- Examen clinique à l'abaisse-langue + casque de lumière froide. - Inspection avec déplissage de toutes les muqueuses et examen attentiste des amygdales palatines. - **Palpation linguale, sillon amygdaloglosse, amygdales palatines primordiale** : induration. - Nasofibroscopie : examen de l'arrière du voile mou, de la base de la langue et des vallécules. - Tumeur **bourgeonnante ulcérée** avec infiltration profonde, **saignant au contact**, **indurée** au touché (diagnostic plus difficile pour l'amygdale palatine et la base de la langue).
PC	**Diagnostic positif**		- **Biopsie** en consultation, sous AL : . Généralement carcinome épidermoïde (90 %). . Prolifération lymphomateuse non hodgkinienne pour les amygdales linguales et palatines (et végétations adénoïdiennes du nasopharynx) : polyADP souvent associée, bilan et traitement par l'hématologue. . Tumeur épithéliale d'origine salivaire (rare) : carcinome adénoïde kystique (pronostic réservé : récidives et métastases pulmonaires).
	Bilan d'extension		- Panendoscopie des VADS. - Scanner cervicothoracique injecté. - IRM cervico-faciale. - FOGD. - TEP-TDM si ≥ N2b, ADP des secteurs IV et V.
CTNM	**P16 -**	**T**	Tis : carcinome in situ. T1 : plus grande dimension **≤ 2 cm.** T2 : plus grande dimension **> 2 cm** et **≤ 4 cm.** T3 : plus grande dimension **> 4 cm** ou extension à la surface linguale de l'épiglotte. T4a : tumeur envahissant le larynx, la musculature profonde/extrinsèque de la langue (génioglosse, hypoglosse, palatoglosse, styloglosse), muscle ptérygoïdien médian, palais osseux, mandibule. T4b : tumeur envahissant le muscle ptérygoïdien latéral, apophyses ptérygoïdes, paroi latérale du nasopharynx, base du crâne, artère carotide.
		N	N1 : ADP homolatérale unique ≤ 3 cm. N2a : ADP homolatérale unique > 3 cm et ≤ 6 cm. N2b : ADP homolatérales multiples ≤ 6 cm. N2c : ADP bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm. N3a : ADP > 6 cm. N3b : ADP unique/multiples avec signes d'extension extraganglionnaire.
		M	M1 : métastases à distance.

	P16+	**T**	Tis : carcinome in situ. T1 : plus grande dimension **≤ 2 cm.** T2 : plus grande dimension **> 2 cm** et **≤ 4 cm.** T3 : plus grande dimension **> 4 cm** ou extension à la surface linguale de l'épiglotte. T4 : tumeur envahissant le larynx, la musculature profonde/extrinsèque de la langue (génioglosse, hypoglosse, palatoglosse, styloglosse), muscle ptérygoïdien médian, palais osseux, mandibule, muscle ptérygoïdien latéral, apophyses ptérygoïdes, paroi latérale du nasopharynx, base du crâne, artère carotide.
		N	N1 : ADP homolatérale unique ≤ 6 cm. N2 : ADP bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm. N3 : ADP > 6 cm.
		M	M1 : métastases à distance.
TTT	- Décision discutée en **RCP.** - **Radiothérapie ± chimiothérapie et/ou chirurgie.** - **HPV-induits = radio-sensibles +++.** - En cas d'ADP sans porte d'entrée : évidemment ganglionnaire + amygdalectomie homolatérale à visée histologique (localisation fréquente de microcarcinomes).		
SURVEILLANCE	- **Scanner cervico-thoracique à 3 mois puis scanner thoracique low dose tous les ans pendant 5 ans systématique.** - Scanner cervico-thoracique, IRM, PET-TDM si suspicion de récidive. - Scanner thoracique low dose après 5 ans si arrêt récent du tabagisme ou poursuite de l'intoxication.		

CANCERS DE L'HYPOPHARYNX (15 %)

EPIDEMIO	- **Sinus piriformes ++**, région rétrocricoïdienne, bouche œsophagienne. - **Pronostic sombre** (20 % de survie globale à 5 ans). - Récidives locales ou ganglionnaires, 2de localisation, métastase générale : mauvais pronostic dans les 3 ans. - 50-60 ans, prépondérance masculine (95 % des cas).	
SIGNES D'APPEL	- **Gêne pharyngée** latéralisée, puis **dysphagie haute** progressive, odynophagie. - **Otalgie réflexe unilatérale.** - **ADP cervicale dure en zones II, III ou IV** (parfois surinfectée) : révélatrice dans 1/3 des cas. - Tumeur volumineuse : **dysphonie**, **dyspnée laryngée** (envahissement laryngé ou récurrentiel), **amaigrissement.** **/!\ Caractère permanent, progressif et unilatéral.**	
SC	- Examen au naso-fibroscope : **tumeur ulcéro-bourgeonnante** + **immobilité laryngée** (dysphonie).	
PC	**Diagnostic positif**	- **Biopsie** lors de la panendoscopie, sous AG : généralement **carcinome épidermoïde** (90 %).
	Bilan d'extension	- Panendoscopie des VADS. - Scanner cervico-thoracique injecté. - FOGD. - TEP-TDM si ≥ N2b, ADP des secteurs IV et V.
CTNM	**T**	Tis : carcinome in situ. T1 : **1 sous-localisation** de l'hypopharynx et/ou plus grande dimension **≤ 2 cm.** T2 : . **> 1 sous-localisation** de l'hypopharynx ou région adjacente. . Ou plus grande dimension **> 2 cm et ≤ 4 cm.** . Sans fixation de l'hémilarynx. T3 : . Plus grande dimension **> 4 cm.** . Ou fixation de l'hémilarynx. . Ou extension à l'œsophage. T4a : tumeur envahissant le cartilage thyroïde/cricoïde, l'os hyoïde, la glande thyroïde, l'œsophage, les tissus mous du compartiment central. T4b : tumeur envahissant le fascia prévertébral, englobant l'artère carotide, ou envahissant les structures médiastinales.
	N	N1 : ADP homolatérale unique ≤ 3 cm. N2a : ADP homolatérale unique > 3 cm et ≤ 6 cm. N2b : ADP homolatérales multiples ≤ 6 cm. N2c : ADP bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm. N3a : ADP > 6 cm. N3b : ADP unique/multiples avec signes d'extension extraganglionnaire.
	M	M1 : métastases à distance.

PTNM	- Après analyse histologique de la pièce opératoire et du curage cervical. - Curage cervical limité : analyse ≥ 10 ganglions lymphatiques. - Curage cervical radical ou radical modifié : analyse ≥ 15 ganglions lymphatiques.
TTT	- Décision discutée en **RCP.** - Stades localement avancés (T4) : **pharyngolaryngectomie totale** → Conséquences fonctionnelles majeures (mutilation vocale, trachéostomie définitive). - **Chimiothérapie néoadjuvante** pour préserver les organes et éviter la laryngectomie totale. - Après chimiothérapie : . Si régression tumorale importante : **radiothérapie.** . Si absence de régression tumorale : **chirurgie** avec pharyngolaryngectomie totale et évidemment ganglionnaire bilatéral + radiothérapie ou chimio radiothérapie concomitante.
SURVEILLANCE	- **Scanner cervico-thoracique à 3 mois puis scanner thoracique low dose tous les ans pendant 5 ans systématique.** - Scanner cervico-thoracique, IRM, PET-TDM si suspicion de récidive. - Scanner thoracique low dose après 5 ans si arrêt récent du tabagisme ou poursuite de l'intoxication.

CANCERS DU LARYNX (20 %)

ÉPIDEMIO	- Étage sus-glottique : épiglotte, bande ventriculaire, margelle laryngée. - Étage glottique : cordes vocales, cartilages aryténoïdes. - Étage sous-glottique : très rare, pronostic sombre par forte lymphophilie (extension fréquente au corps thyroïde, récidives trachéales, envahissement médiastinal). - **Meilleur pronostic** que les autres localisations des cancers des VADS : survie globale à 5 ans de 59 % chez les femmes et 56 % chez les hommes. - **Faible lymphophilie** des formes localisées (T1) à **l'étage glottique** et diagnostic plus précoce (dysphonie) = bon prono par rapport aux autres cancers des VADS. - FdR : tabac. - Prédominance masculine. - États précancéreux : **laryngites chroniques** et différentes formes de **dysplasie → Surveillance attentive de toute laryngite chronique (contrôle histologique régulier si besoin).**		
SIGNES D'APPEL	**Dysphonie ++** : précoce, progressive, permanente. - D'installation récente, permanente. - Chez un fumeur avec laryngite chronique (œdème de Reinke) : aggravation de l'enrouement, ne cède pas au TTT. Autres (tardifs) : **dyspnée laryngée** (masse tumorale, urgence thérapeutique)**, gêne pharyngée** ou **dysphagie** (envahissement sus-glottique), **otalgie.** - Pas d'ADP (sauf si extension extraglottique). **/!\ Toute dysphonie > 8 jours sans signe d'amélioration doit faire réaliser un examen par un ORL.** - **Dyspnée laryngée** = 1er signe d'appel du cancer sous-glottique, d'apparition tardive.		
SC	- **Examen laryngé** au **naso-fibroscope** : tumeur bourgeonnante du plan glottique.		
PC	**Diagnostic positif**	- **Biopsie** . Lors d'une laryngoscopie en suspension au microscope ou optique 30°, sous AG : laryngoscope (tube rigide), table pont et suspension. . Généralement **carcinome épidermoïde** (90 %).	
	Bilan d'extension	- Panendoscopie des VADS. - **TDM cervico-thoracique injectée.** - TEP-TDM si ≥ N2b, ADP des secteurs IV et V.	
CTNM	**Étage sus-glottique**	**T**	Tis : carcinome in situ. T1 : **1 sous-localisation** de l'étage sus-glottique avec **mobilité normale des cordes vocales.** T2 : muqueuse **> 1 sous-localisation** de l'étage sus-glottique ou glottique ou extra-glottique (base de la langue, vallécule, paroi interne du sinus piriforme) **sans fixation du larynx.** T3 : **limitée au larynx** avec fixation glottique et/ou envahissement régions rétrocricoïdienne, espace pré-épiglottique, espace para-glottique, corticale interne du cartilage thyroïde. T4a : tumeur envahissant le cartilage thyroïde et/ou les tissus extra-laryngés comme la trachée, les tissus mous du cou (dont génioglosse, hyoglosse, palatoglosse, styloglosse), les muscles sous-hyoïdiens, la glande thyroïde, l'œsophage. T4b : tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales, englobant l'artère carotide.
		N	N1 : ADP homolatérale unique ≤ 3 cm. N2a : ADP homolatérale unique > 3 cm et ≤ 6 cm. N2b : ADP homolatérales multiples ≤ 6 cm. N2c : ADP bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm. N3a : ADP > 6 cm. N3b : ADP unique/multiples avec signes d'extension extraganglionnaire.

		M	M1 : métastases à distance.
	Étage glottique	**T**	Tis : carcinome in situ. T1a : limitée à 1 corde vocale avec mobilité normale. T1b : limitée à 2 cordes vocales avec mobilité normale. T2 : . Étage sus et/ou sous-glottique. . Ou diminution de la mobilité glottique. T3 : . Limitée au larynx avec fixité de la corde vocale. . Ou envahissement de l'espace paraglottique. . Ou Lyse minime du cartilage thyroïde (corticale interne). T4a : tumeur envahissant le cartilage thyroïde ou les tissus extra-laryngés comme la trachée, les tissus mous du cou (dont le génioglosse, l'hyoglosse, le palatoglosse, le styloglosse), les muscles sous-hyoïdiens, la thyroïde, l'œsophage. T4b : tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide.
		N	N1 : ADP homolatérale unique ≤ 3 cm. N2a : ADP homolatérale unique > 3 cm et ≤ 6 cm. N2b : ADP homolatérales multiples ≤ 6 cm. N2c : ADP bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm. N3a : ADP > 6 cm. N3b : ADP unique/multiples avec signes d'extension extraganglionnaire.
		M	M1 : métastases à distance.
TTT	- Décision discutée en **RCP.** - Formes débutantes : traitement conservateur par chirurgie ou radiothérapie. - **Chirurgie** : . **Voie endoscopie** (cordectomie) pour les tumeurs accessibles, de petite taille T1 ou T2. . **Voie externe** pour les tumeurs non accessibles ou plus infiltrantes et plus évoluées. . **Laryngectomie totale** pour les cancers évolués (trachéostomie définitive nécessitant une réhabilitation vocale avec apprentissage de la voix œsophagienne et/ou microphone électronique et/ou prothèse phonatoire). - **Chimiothérapie néoadjuvante ou concomitante** pour préservation d'organe possible dans les stades localement avancés sans lyse cartilagineuse. - **Radiothérapie externe** : cancer de corde vocale mobile ou en complément post-opératoire d'une laryngectomie totale pour les tumeurs plus évoluées ou dans le cadre d'un protocole de préservation laryngée. - Pour les cancers sous-glottiques : chirurgie puis radiothérapie.		
SURVEILLANCE	- **Scanner cervico-thoracique à 3 mois puis scanner thoracique low dose tous les ans pendant 5 ans systématique.** - Scanner cervico-thoracique, IRM, PET-TDM si suspicion de récidive. - Scanner thoracique low dose après 5 ans si arrêt récent du tabagisme ou poursuite de l'intoxication.		

CANCERS DU RHINOPHARYNX (1 %)

ÉPIDEMIO	- Diagnostic tardif car localisation peu accessible à l'examen clinique + symptomatologie aspécifique. - Forme d'épithélioma indifférencié (UCNT) = forme histologique la plus fréquente. - Distribution géographique particulière : . Zone à haut risque : **Asie du Sud-Est** (Canton), **Alaska** (Inuits), **Maghreb.** . Zone à risque faible : **Europe, USA, Japon.** - Surtout chez l'adulte jeune < 50 ans (non rare chez l'enfant et l'adolescent), touche les femmes dans 1/3 des cas, formes familiales dans 10 % des cas. - **Non lié à l'alcoolo-tabagisme.** - **Facteur viral EBV** constant avec profil sérologique spécifique (↗ Ac anti-EBV). - Survie globale : 40 % à 3 ans, 30 % à 5 ans. - Facteurs pronostiques essentiels : **type histologique**, **degré d'extension initial** (ostéolyse basicrânienne très péjorative).
SIGNES D'APPEL	- **ADP cervicale** (50-90 %) : haute, postérieure, rétro-mandibulaire, parotidienne et sous-mastoïdienne, parfois isolée, souvent bilatérale. - Symptômes otologiques (par obstruction tubaire unilatérale) : **hypoacousie de transmission, autophonie, bourdonnement, otite séreuse unilatérale +++.** - Symptômes rhinologiques : **obstruction nasale, épistaxis, rhinorrhée séro-sanglante.** - Symptômes neurologiques : **névralgie du V ou du IX, céphalées persistantes, paralysie oculomotrice, thrombose du sinus caverneux.** **/!\ Toute ADP isolée cervicale ou toute otite séromuqueuse unilatérale chez l'adulte impose une cavoscopie.**

SC		- **Examen du cavum** par **naso-fibroscopie** : tumeur ulcéro-bourgeonnante ou infiltrante, souvent latérale ou postéro-supérieure dans le cavum. - Examen otoscopie : aspect d'otite séromuqueuse unilatérale (obstruction de la trompe auditive). - Analyse clinique des paires crâniennes. - Palpation cervicale indispensable.
PC	**Diagnostic positif**	- Biopsie : . **Carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT).** . **Lymphome**, généralement **non hodgkinien** (10-20 %).
	Bilan d'extension	En milieu spécialisé pour rechercher des signes d'envahissement des structures voisines (atteinte osseuse basicrânienne) et des métastases : - **Scanner du massif facial et de la base du crâne.** - **IRM de la base du crâne et cérébrale.** - **TEP-TDM** : métastases principalement **osseuses**, parfois **pulmonaires** et **hépatiques.**
CTNM	**T**	T1 : . Limitée au nasopharynx. . Ou étendue à l'oropharynx ou à la fosse nasale. . Sans extension parapharyngée. T2 : . Extension à l'espace parapharyngé. . Ou infiltration du muscle ptérygoïdien médian, ptérygoïdien latéral, muscles prévertébraux. T3 : invasion des structures osseuses de la base du crâne, des vertèbres cervicales, des structures ptérygoïdes et/ou des sinus paranasaux. T4 : extension intracrânienne et/ou atteinte des nerfs crâniens, de l'hypopharynx, de l'orbite, de la glande parotide et/ou infiltration au-delà de la face latérale du muscle ptérygoïdien latéral.
	N	N1 : atteinte unilatérale ≥ 1 ganglion lymphatique cervical et/ou atteinte uni/bilatérale de ganglions lymphatiques rétropharyngiens, ≤ 6 cm, au-dessus du bord caudal du cartilage cricoïde. N2 : atteinte bilatérale ≥ 1 ganglion lymphatique, ≤ 6 cm, au-dessus du bord caudal du cartilage cricoïde. N3 : atteinte ≥ 1 ganglion lymphatique > 6 cm et/ou extension en-dessous du bord caudal du cartilage cricoïde.
	M	M1 : métastase à distance.
TTT		- 1re intention : **radiothérapie** (localisation profonde, extension fréquente à la base du crâne, haute radiosensibilité des UCNT). - **Chirurgie** : exérèse des reliquats ganglionnaires persistant > 2 mois après la fin de l'irradiation. - **Chimiothérapie** : en association à la radiothérapie pour les tumeurs avancées (T3-T4) ou en cas de métastases avérées.
SURVEILLANCE		- **IRM à 3 mois puis tous les 6 mois pendant 3 ans systématique.** - PET-TDM à discuter à 3 mois. - Si point d'appel ou facteurs de risque : IRM, PET-TDM.

CANCERS DES FOSSES NASALES ET DES SINUS (4 %)

- Rares.
- Diagnostic difficile : espace volumineux pour le développement tumoral (15-20 cm^3 chez un adulte).
- Symptômes tardifs et banals.
- Peu lymphophiles.

CANCER DE L'ETHMOÏDE	**Épidémiologie**	- FdR : exposition professionnelle. • **Profession du bois** : maladie professionnelle, tableau 47B pour l'adénocarcinome de la fente olfactive (30 ans après le début de l'exposition, dans la partie postérieure des fentes olfactives). • Autres : **nickel** (tableau 37T)**, nitrosamines, goudrons de houille**, **amiante**… ➞ Aucune influence notable de l'intoxication alcoolo-tabagique. - Survie variable : environ 100 % à 5 ans pour les adénocarcinomes T1, 13 % pour les T4b à 3 ans ➞ Importance de dépister tôt.
	Signes d'appel	- Syndrome nasal : . **Obstruction nasale unilatérale (100 %)**, permanente, résistante aux traitements anti-infectieux et vasoconstricteurs, souvent accompagnée d'une **rhinorrhée mucopurulente** ± striée de sang, d'une **hyposmie/anosmie.** . **Épistaxis** le plus souvent spontanée, unilatérale, répétée, sans cause locale, « signal symptôme). - Syndrome oculaire : **œdème de la paupière supérieure**, **dacryocystite**, **exophtalmie** isolée non réductible, **ptosis, paralysie oculaire, diplopie.** - Syndrome neurologique : **céphalées** rares et peu spécifiques, **douleur** (rares au début), jusqu'à la **névralgie faciale** symptomatique (envahissement des branches du trijumeau). **/!\ Toute obstruction nasale unilatérale d'apparition récente, accompagnée d'épistaxis récidivantes doit faire suspecter une lésion tumorale de l'ethmoïde.**

	SC		- **Rhinoscopie antérieure** au **naso-fibroscope** : **masse bourgeonnante** hémorragique, ou banal **polype réactionnel**, unilatéral, cachant une lésion située plus haut (**polype sentinelle**). - Examen de la cavité buccale, de la face, de la région orbito-oculaire et des paires crâniennes : recherche d'extension. - Examen cervical : ADP cervicale très rare. - **Endoscopie des deux fosses nasales et du cavum** : lésion charnue et bourgeonnante fréquente.
	PC	**Diagnostic positif**	- Biopsie sous AL ou AG par voie endoscopique : • **Adénocarcinome de la fente olfactive +++.** • Rarement : carcinome épidermoïde ± différencié, mélanome muqueux, lymphome, sarcome (sans rapport avec les FdR professionnels).
		Bilan d'extension	- **TDM du massif facial, de la base du crâne et de la région cervicale** (coupes coronales, axiales et sagittales) : topographie de la masse, extension. - **IRM du massif facial et de la base du crâne** : différenciation tumeur, inflammation, rétentions nasosinusiennes, extension.
	Évolution		- Locorégionale : vers **l'orbite**, **l'endocrâne** (mauvais pronostic), la **fosse temporo-zygomatique** et la **fosse ptérygo-maxillaire**, les **autres sinus**, la **cavité buccale** et la **face.** - Extension ganglionnaire : rare. - Extension métastatique dans 20 % des cas : **poumon, os, cerveau.**
	TTT		- Exérèse large de la tumeur par voie endonasale seule ou par voie combinée ORL et neurochirurgicale. - ± Radiothérapie complémentaire (stades avancés, exérèse incomplète). - Chimiothérapie pour les tumeurs très étendues, les récidives, les métastases ou certaines formes histologiques.
	Surveillance		- **IRM à 3 mois puis selon avis d'expert systématique.** - Si point d'appel ou facteur de risque : IRM.
CANCER DU SINUS MAXILLAIRE	**Épidémiologie**		- Surtout chez le **sujet âgé.**
	Signes d'appel		- **Symptômes rhinosinusiens** : obstruction nasale unilatérale, pesanteur ou douleur en regard du sinus maxillaire. - **Épistaxis** unilatérales récidivantes. - **Rhinorrhée** mucopurulente ou sérosanglante. - **Syndrome tumoral** : tuméfaction de la fosse canine ou de la joue, hypoesthésie dans le territoire du V2. - **Signes bucco-dentaires** : douleurs dentaires à type de pulpite, ulcération gingivale hémorragique, bombement alvéolaire, mobilité dentaire en secteurs 1 et 2. **/!\ Une lésion néoplasique doit être évoquée devant toute symptomatologie unilatérale persistante.** **/!\ Toute mobilité des molaires en secteurs 1 et 2 nouvellement apparue chez un adulte est suspecte d'être une tumeur du sinus maxillaire.**
	PC	**Diagnostic positif**	Biopsie : carcinome épidermoïde ± différencié.
		Bilan d'extension	- **TDM du massif facial, de la base du crâne et de la région cervicale** (coupes coronales, axiales et sagittales) : topographie de la masse, extension. - **IRM du massif facial et de la base du crâne** : différenciation tumeur, inflammation, rétentions nasosinusiennes, extension.
	TTT		- Exérèse large de la tumeur par voie endonasale seule ou par voie combinée ORL et neurochirurgicale. - ± Radiothérapie complémentaire (stades avancés, exérèse incomplète). - Chimiothérapie pour les tumeurs très étendues, les récidives, les métastases ou certaines formes histologiques.
	Surveillance		- **Scanner cervico-thoracique à 3 mois puis scanner thoracique low dose tous les ans pendant 5 ans systématique.** - Scanner cervico-thoracique, IRM, PET-TDM si suspicion de récidive. - Scanner thoracique low dose après 5 ans si arrêt récent du tabagisme ou poursuite de l'intoxication.
TUMEUR DE LA CLOISON NASALE			- Folliculite ou rhinite vestibulaire traînante. - Carcinome épidermoïde très agressif, infiltrant, très lymphophile. - Exérèse chirurgicale précoce + curage bilatéral + radiothérapie adjuvante sur la tumeur primitive et les zones ganglionnaires.
TUMEUR DU SPHENOÏDE			- Céphalées profondes (rétro-orbitaires) ou postérieures, occipitales ou du vertex. - Troubles ophtalmologiques fréquents : exophtalmie, diplopie.